

# ANMÄLAN – Svenska Hypofysregistret

Inrapportör _____	Personnummer _____
Sjukhus/klinik _____	Namn _____

## Primär klassifikation

- Hypofystumör       Hypofyscarcinom       Kraniofaryngiom       Cysta (inkl. Rathkes)  
 Hypofysit (ej läkemedelsutlöst)     Annan hypofysprocess (inkl läkemedelsutlöst hypofysit): \_\_\_\_\_

Gäller endast patienter under 18 år:     Germinom       Histiocytosis       Kongenital anläggningsrubbing

## Funktion (ifylles vid Hypofystumör)

- Icke hormonproducerande       Akromegali       Prolaktinom  
 Mb Cushing       TSH-om       FSH/LH-om

## Provtagning (anges för respektive hormonproducerande tumör)

Datum _____	Koncentration	Enhet	Övre referensgräns
-------------	---------------	-------	--------------------

### Akromegali

S-IGF-1		µg/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-GH (nadir) vid OGTT		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-GH (enstaka)		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIEU/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
S-Prolaktin		<input type="checkbox"/> µg/L <input type="checkbox"/> mIE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas

### Prolaktinom

S-Prolaktin		µg/L    mIE/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
-------------	--	---------------	--	---

### Mb Cushing

tU-Kortisol		nmol/d		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-Kortisol efter dexametason 1 mg		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Saliv-Kortisol efter dexametason 1 mg		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-Kortisol kl.22-24		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Saliv-Kortisol kl.22-24		nmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
P-ACTH		<input type="checkbox"/> ng/L <input type="checkbox"/> pmol/L		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas

Sinus Petrosus kateterisering utförd     Ja     Nej      Talar för Mb Cushing:     Ja     Nej

Sinus Cavemosus kateterisering utförd     Ja     Nej      Talar för Mb Cushing:     Ja     Nej

## Radiologi

MR     CT      Datum \_\_\_\_\_       Mer än en tumörkomponent finns. Storlek anges för den största  
 Längd \_\_\_\_\_ mm    Bredd \_\_\_\_\_ mm    Höjd \_\_\_\_\_ mm     Uppgift saknas

## Hypofystumör, Cysta eller annan process

Storleksindelning:     Mikro (<10 mm)     Makro (≥10 mm)     Ej synlig     Uppgift saknas

Knosp-S     Nej     Ja, fyll i nedan

SUPRA sellär     Grad 0     Grad 1     Grad 2     Grad 3     Grad 4       Uppgift saknas

PARA sellär Höger     Grad 0     Grad 1     Grad 2     Grad 3a     Grad 3b     Grad 4       Uppgift saknas

PARA sellär Vänster     Grad 0     Grad 1     Grad 2     Grad 3a     Grad 3b     Grad 4       Uppgift saknas

## Kraniofaryngiom

Lokalisation     Intrasellär     Suprasellär     Deformering av/inväxt i 3:e     Retrochiasmal     Uppgift saknas

Cysticitet     Solid     Solid /Cystisk     Cystisk       Uppgift saknas

# ANMÄLAN – Svenska Hypofysregistret

Ögonundersökning					
Ögonundersökning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan	Datum	_____	
<b>Ögonpåverkan orsakad av hypofyssjukdom:</b>					
Synfältpåverkan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Om ja: VFI	Höger _____%	Vänster _____%		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Visusnedsättning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Om ja: Bästa korrigerade visus	Höger _____	Vänster _____		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Optikusatrofi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Ögonmuskelpares	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Hypofysinsufficiens					
Hypofysinsufficiens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, fyll i nedan			
GH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
ACTH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
TSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
LH/FSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Diabetes insipidus	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej bedömbart	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas	
Multidisciplinär terapikonferens (MDK)					
Har patienten diskuterats på multidisciplinär terapikonferens	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		
Planerad primär behandling					
<input type="checkbox"/> Kirurgi	<input type="checkbox"/> Strålbehandling	<input type="checkbox"/> Farmakologisk	<input type="checkbox"/> Exspektans		
Farmakologisk tumörbehandling					
Farmakologisk tumörbehandling	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Startdatum	_____	
<input type="checkbox"/> Somatostatianalog			<input type="checkbox"/> Pegvisomant		
<input type="checkbox"/> Oktreotid/Lanreotid			<input type="checkbox"/> Ketokonazol		
<input type="checkbox"/> Pasireotid			<input type="checkbox"/> Metyrapon		
<input type="checkbox"/> Dopamin agonist			<input type="checkbox"/> Temozolomide		
<input type="checkbox"/> Bromokriptin			<input type="checkbox"/> Annat läkemedel		
<input type="checkbox"/> Kabergolin			Ange vad _____		
<input type="checkbox"/> Kinagolid			ATC (om möjligt) _____		
Längd _____ cm	Vikt _____ Kg				
Sjukskrivning					
Sjukskrivningsgrad	<input type="checkbox"/> 0 %	<input type="checkbox"/> 25 %	<input type="checkbox"/> 50 %	<input type="checkbox"/> 75 %	<input type="checkbox"/> 100 %
	<input type="checkbox"/> Avtals/ålderspensionär	<input type="checkbox"/> Sjukpensionär	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas		
<b>Huvudorsak till sjukskrivning</b>					
<input type="checkbox"/> Hypofyssjukdom	<input type="checkbox"/> Annan orsak, vilken: _____				
Anpassad skolgång					
Anpassad skolgång	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja			
Uppföljning					
Om ändrad framtida uppföljning, fyll i orsak nedan:					
<input type="checkbox"/> Kommer ej att följas upp framöver					
<input type="checkbox"/> Kommer att följas upp på sjukhus/klinik: _____					